

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Modulating the Personality Traits of Mothers Having Children with Autism Spectrum Disorder

Farokh lagha Akafi Broujeny 

PhD Student in Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Masoumeh Behboodi *

Assistant Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Farideh Dokaneifard 

Associate Professor, Department of Counseling, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Abstract

The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy on the personality traits of mothers having children with autism spectrum disorder. This study was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. 45 mothers having children with autism spectrum disorder were selected by available sampling method and were equally and randomly placed in two experimental groups and one control group (15 people in each group). The experimental groups received separate training in acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy, while the members of the control group did not participate in these programs. Subjects were evaluated using the five major personality factors questionnaire (1987). The data was analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance. The research findings indicated that acceptance and commitment therapy was effective on extroversion and

* Corresponding Author: Behboodi@riau.ac.ir

How to Cite: Akafi Broujeny, F.L., Behboodi, M., dokaneifard, F. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Modulating the Personality Traits of Mothers Having Children with Autism Spectrum Disorder, *Journal of Psychology of Exceptional Individuals*, 13(52), 157-187. DOI: 10.22054/JPE.2024.76722.2632

cognitive-behavioral therapy was effective on the responsibility of this group of people ($P < 0.01$). Also, examining the difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy showed that there was a significant difference between the effectiveness of these two treatment methods on extroversion and responsibility ($P < 0.05$). From this research, it can be concluded that acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy can play an important role in modulating the personality traits of mothers having children with autism spectrum disorder.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Personality Traits.

Extended Abstract

Introduction

Autism spectrum disorder can be considered as one of the pervasive developmental disorders that is characterized by communication deviation or delay, persistent deficit in social interaction, limited communication pattern and stereotyped behaviors (1). When a child with autism spectrum disorder is born in the family (3). In general, a child with autism spectrum disorder can be a threat to the mental and physical health of the mother and her adaptability, and in most cases, the existence of such a child has negative effects on the mother's life (5); To the extent that it can even cause the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder (6). Stigma, which has drawn a lot of attention in mental health research in recent years, is defined as a set of negative attitudes such as prejudice and discriminatory behavior towards a specific group; In this way, there is a bias towards a specific group in a social structure (7). Considering the fact that stigma plays an important role in explaining the mental health of mothers with children with autism spectrum disorder and as a result their relationship with their child, it can be concluded that the use of interventions that improve and adjust this characteristic in this group of mothers is necessary and important. In the meantime, therapy based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy are among these interventions. Considering this issue and considering the need to reduce stigma in mothers with children with autism spectrum disorder, this research seeks to find an answer to the question of whether the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on stigma is different from each other? Are mothers with children with autism spectrum disorder different from each other?

Method

The research design of the present study was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population included all mothers with children with autism spectrum disorder in Tehran in 1401. In order to carry out the research and select the sample, the Autism Association in Tehran was referred and after making the necessary arrangements and according to the criteria for entering and exiting the research, 45 mothers with children with

autism spectrum disorder were sampled. available samples were selected and replaced randomly and equally in two experimental groups and one control group; So that there were 15 members in each group. It should be noted that the criteria for entering the research, which was controlled for each of the subjects, were: willingness to participate in the research, having a child between 3 and 18 years old who, according to a psychiatrist and a clinical psychologist, is suffering from an autism spectrum disorder. , being at least 25 years old and literate for mothers. Also, the criteria for leaving the study were: unwillingness to continue the meetings and having more than one absence during the implementation of the intervention. After that, using the internalized stigma questionnaire of Rezai Dehnavi, Nouri, Jafari and Faramarezi (29) in mothers with disabled children, a pre-test was conducted for all three groups. In the next step, treatment programs based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy were implemented for the two experimental groups, but the control group did not participate in these programs. After the implementation of the intervention programs, a post-test was taken from the subjects of the experimental and control groups using the mentioned questionnaire. Finally, to check the overall score of dependent variables from univariate covariance analysis and for the subscales of each variable, multivariate covariance analysis method was used. Data were analyzed with SPSS24 software.

Findings

In this section, the descriptive information (mean and standard deviation) of the stigma scale is presented in Table 3, separated by pre-test and post-test in experimental and control groups.

Table 3. Descriptive statistics of stigma by group

Scale		commitment and acceptance		cognitive-behavioral		control	
		M	SD	M	SD	M	SD
Total score	Pre-test	120.73	43.56	136.73	31.18	130.53	40.17
	Post-	105.53	26.36	104.40	28.56	127.60	33.60
Belief of others	Pre-test	55.80	20.17	60.20	13.01	59.93	18.25
	Post-	49.86	13.75	48.93	12.72	56.60	15.02

Scale		commitment and acceptance		cognitive-behavioral		control	
		M	SD	M	SD	M	SD
Belief of mother	Pre-test	30.66	13.24	35.73	11.57	34.73	12.69
	Post-	25.73	7.33	24.86	7.44	34.46	12.05
Isolation-based behaviors	Pre-test	36.26	14.68	40.80	13.12	35.86	14.53
	Post-	29.93	8.03	30.60	10.84	36.53	12.28

By examining the table of covariance analysis of stigma scores of mothers with children with autism spectrum disorder (Table 4), it can be stated that at least one of the treatment interventions based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder Autism spectrum has been effective. By examining the table of Bonferroni's post hoc test to compare the average of the groups (Table 5), it can be said that cognitive-behavioral therapy has been effective on the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder at the level of $P < 0.01$. However, according to the significance levels between acceptance and commitment-based therapy and cognitive-behavioral therapy, it can be said that there was no significant difference between these two therapeutic interventions at the $P < 0.05$ level. Also, by examining the covariance analysis table of stigma scores of mothers with children with autism spectrum disorder (Table 6), it can be stated that at least one of the treatment interventions based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on the dimensions of stigma of mothers with children with autism It has been effective for autism spectrum disorder. By examining the table of Bonferroni's post hoc test to compare the average of the groups (Table 7), it can be said that the treatment approach based on acceptance and commitment has been effective on the dimensions of mother's belief and behaviors based on separation at the $P < 0.05$ level. But on the other side, mothers' belief was not effective ($P < 0.05$). Also, cognitive-behavioral therapy has been effective on the dimensions of others' belief, mother's belief and behaviors based on isolation of mothers with children with autism spectrum disorder at the level of $P < 0.05$. Finally, there was no significant difference between the treatment based on acceptance and

commitment and the cognitive-behavioral treatment on the dimensions of mothers' stigma at the level of $P < 0.05$.

Conclusion

This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy on the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder. The results showed that there was a slight difference between the first test group and the second test group, and this difference was not statistically significant. Nevertheless, there was a significant difference between the groups of the first experiment (therapy based on acceptance and commitment) and the second experiment (cognitive-behavioral therapy) with the control group. The findings of this research are consistent with the research results of Ajei et al. (17) and Kowalkoski (28).

In explaining the finding that the treatment based on acceptance and commitment was effective on the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder, it can be stated that the negative feeling of stigma in mothers with children with autism spectrum disorder, with a set of beliefs It is ineffective and negative, which affect each other. In explaining the finding that cognitive-behavioral therapy was effective on the stigma of mothers with children with autism spectrum disorder, it can also be said that the existence of negative attitudes of the society towards Autism spectrum disorder causes children with this disorder to be exposed to stigma (32).

Among the limitations of this research, we can point out the lack of control of all disturbing variables, such as the level of attention, fatigue and health status of the subjects, the relatively short time of the interventions, the small number of subjects, and the use of a special tool to evaluate stigma. Also, in future researches, in order to generalize the results about the effectiveness of the intervention, larger samples can be used and the duration of treatment sessions based on acceptance and commitment and cognitive-behavioral therapy can be increased. The two research interventions can be used as an effective treatment course to improve the mental health of mothers with children with autism spectrum disorder in treatment and rehabilitation centers by therapists.

Ethical considerations

Compliance with ethical principles

In this research, ethical standards such as obtaining informed consent, preserving the subjects' privacy, and the principle of confidentiality were observed. The participants were free to withdraw from the research and were assured that their information would remain completely confidential.

Sponsor

This study was conducted at the personal expense of the authors and without the financial support of any public or private institution or organization.

Contribution of the authors

The first author, the main researcher of this study, the second and third authors have also provided guidance and advice for the current research.

Conflict of interest


According to the authors, there was no conflict of interest in this research.

Acknowledgments


We sincerely appreciate all the people who participated and cooperated in the implementation of this research.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم


دانشجوی دکتری مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

فرخ لقا عکافی بروجنی 

استادیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

معصومه بهبودی  *

دانشیار گروه مشاوره، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

فریده دوکانه‌ای فرد 

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. این مطالعه یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. ۴۵ مادر دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور مساوی و تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به تفکیک تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند، درحالی‌که اعضای گروه کنترل در این برنامه‌ها شرکت نکردند. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت (۱۹۸۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های برون‌گرایی و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی مسئولیت‌پذیری این گروه از افراد مؤثر بوده است ($P < 0/01$). همچنین، بررسی تفاوت میان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری نشان داد میان تأثیرگذاری این دو روش درمانی بر ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن است.

* نویسنده مسئول: Behboodi@riau.ac.ir

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی...؛ عکافی بروجنی و همکاران | ۱۶۵

مسئولیت‌پذیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری می‌توانند نقش مهمی در تعدیل ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم ایفا کنند.

کلیدواژه‌ها: اختلال طیف اوتیسم، درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ویژگی‌های شخصیتی.

مقدمه

اختلال طیف اوتیسم را می‌توان از جمله اختلالات فراگیر رشد دانست که با انحراف یا تأخیر ارتباطی، نقص پایدار در تعاملات متقابل اجتماعی، محدود بودن الگوی ارتباطی و رفتارهای کلیشه‌ای مشخص می‌شود. برای تشخیص اختلال طیف اوتیسم، کودک باید به صورت مداوم در دو حوزه تعامل و ارتباطات اجتماعی و علایق محدود و یا رفتارهای تکراری نقص داشته باشد. اختلال طیف اوتیسم به صورت تأخیر قابل ملاحظه در رشد فراگیر شناخته می‌شود و در سراسر عمر، بر سیستم بیولوژیکی و عصبی شخص تأثیرات منفی به جا می‌گذارد (داوسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). شیوع این اختلال در جهان، حدود ۱ در هر ۱۰۰ نفر گزارش شده است (زیدان^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). در ایران نیز، شیوع اوتیسم حدود ۱۰ در هر ۱۰۰۰۰ نفر گزارش شده است (محمدی و همکاران، ۲۰۱۹).

به‌طورکلی، زمانی که کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در یک خانواده متولد می‌شود، تمام سیستم خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد (دیسکوئن-گادفری^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). به‌طوری‌که، خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بیشتر از دیگر خانواده‌های دارای فرزند معلول دچار ازهم‌پاشیدگی در زندگی روزمره می‌شوند و در نتیجه، کیفیت زندگی خانوادگی آنان کاهش می‌یابد (اشلباخ^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع، کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم می‌تواند تهدیدی برای سلامت روانی و جسمانی مادر و سازش یافتگی او باشد و در اکثر موارد، وجود چنین کودکی اثرات منفی بر زندگی مادر دارد (پاتل^۵ و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طورکلی، محروم بودن و ناکامی در داشتن فرزندی عادی می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در ویژگی‌های شخصیتی مادران

-
1. Dawson, G.
 2. Zeidan, J.
 3. Desquenne Godfrey, G.
 4. Schlebusch, L.
 5. Patel, A. D.

دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم گردد (اکسیاجینگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). ویژگی‌های شخصیتی، از عواملی است که می‌تواند ارتباط بین فشارهای روانی والدین و اختلال در کودک را تعدیل کند و بر رابطه بین والدین و کودکان استثنایی تأثیرگذار باشند (شمس و همکاران، ۱۴۰۱). به‌طور کلی، ویژگی‌های شخصیتی به‌صورت الگوهای پایدار احساس، عمل و تفکر و نیز، تفاوت‌های فردی در نشان دادن تمایل تعریف می‌شود (نوپیانا^۲ و همکاران، ۲۰۲۲) و هر شخص در مواجهه با فشارهای مختلف روانی، بر اساس نوع ویژگی‌های شخصیتی خود، واکنش به خصوصی از خود بروز می‌دهد. بعضی از افراد در هنگام روبه‌رو شدن با مشکلات مختلف، اقدام به فرورفتن در خود می‌کنند، اما تعدادی دیگر نیز اقدام به بروز هیجانات و همچنین احساسات خود می‌کنند و حتی از دیگران درخواست کمک می‌کنند (اولتمنز^۳ و همکاران، ۲۰۱۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تولد کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بر ویژگی‌های شخصیتی والدین تأثیراتی ماندگار برجای می‌گذارد؛ به‌طوری‌که یافته‌های پژوهش رحیمی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد میان دو گروه مادران کودکان عادی و مادرانی که کودکان به اختلال طیف اوتیسم مبتلا بود، به لحاظ ویژگی‌های شخصیتی تفاوت وجود داشت. همچنین، غباری بناب و استیری (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان دادند مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به مادران کودکان عادی در ویژگی‌های روان‌رنجوری و پایداری هیجانی متفاوت هستند، به این صورت که مادران کودکان عادی پایداری هیجانی بیشتری نشان می‌دادند اما مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، بیشتر صفات مربوط به بعد روان‌رنجوری همچون داشتن احساس گناه، کم بودن عزت‌نفس، افسردگی و اضطراب، دمدمی بودن، خجالتی بودن و تنیدگی را نشان می‌دادند.

-
1. Xiaojing, L. I.
 2. Nopiana, N.
 3. Oltmanns, T. F.

این تحقیقات اهمیت تقویت ویژگی‌های شخصیتی محافظت‌کننده در برابر استرس در مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را بیش‌ازپیش روشن می‌سازد. حال، با در نظر گرفتن این واقعیت که بر اساس مبانی نظری و پیشینه پژوهش ویژگی‌های شخصیتی نقشی مهم در تبیین سلامت روانی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و در نتیجه رابطه آن‌ها با کودک خود دارند، می‌توان نتیجه گرفت که به‌کارگیری مداخلاتی که به مادر آموزش می‌دهند تا باعث تعدیل ویژگی‌های روان‌رنجوری در شخصیت خود شود، ضروری و پراهمیت هستند. در این میان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری از جمله این مداخلات به شمار می‌روند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از رویکردهای درمانی موج سوم است که تلاشی برای تغییر احساسات و افکار افراد انجام نمی‌دهد اما به افراد در راستای آگاه بودن، پذیرش و همچنین مشاهده‌گر بودن نسبت خود کمک می‌کند (ژانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). فرض اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که بخش قابل توجهی از پریشانی‌های روان‌شناختی، جزء بهنجار تجربه انسانی است. در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان‌جویان تقاضا می‌کند که رنج را به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود بپذیرند؛ چراکه وقتی رنج به‌عنوان یک تجربه پذیرفته شود، می‌توان انتظار پاسخ سازگارانه‌تر را از سوی افراد داشت (نیوسما^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). این رویکرد از روش‌های مختلفی مانند مراقبت ذهنی، استعاره‌های زبانی و تمرین‌هایی مبتنی بر مواجهه تشکیل شده است و هدف نهایی این مدل درمانی، افزایش فراوانی ارزشمند زیستن است (نعمتی و همکاران، ۱۴۰۲). لازم به ذکر است که این درمان دارای اصولی زیربنایی است که عبارت‌اند از: ۱- اقدام نکردن برای مهار رنج و داشتن پذیرش نسبت به تجربه درد و اتفاق‌هایی که باعث آشفتگی می‌شود، ۲- عمل مبتنی بر تعهد یا ارزش همراه با داشتن تمایل نسبت به عمل به‌عنوان اهداف معنی‌دار شخصی

1. Zhang, C. Q.
2. Nieuwsma, J.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی...: عکافی بروجنی و همکاران | ۱۶۹

(هیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). این درحالی است که موضوع عدم پذیرش شرایط موجود، از معضلات اساسی خانواده‌های دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم است (هان^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

درمان شناختی- رفتاری نیز، از دیگر درمان‌های شناختی کارآمد محسوب می‌شود. اصطلاح شناختی- رفتاری به این امر اشاره دارد که نحوه تفکر افراد بر رفتار و عمل فرد مؤثر است (کازکورکین و فوا^۳، ۲۰۲۲). در واقع، در این رویکرد درمانی، اعتقاد بر این است که بیشتر افراد فکر می‌کنند قربانی شرایط بیرونی هستند و این شیوه تفکر، احساسات ناخوشایندی چون اضطراب و افسردگی را برای آنان به همراه می‌آورد (گاوتم^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). از این رو، هدف اصلی این روش درمانی، تغییر عقاید و تفکرات غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفاسیر اشتباه و خطاهای شناختی است (جکسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، این رویکرد که یک درمان مسئله مدار است، نگرش‌های خود محکوم‌کننده را کاهش و اسنادهای مثبت را افزایش داده و مهارت‌های مقابله‌ای را بهبود می‌بخشد (کندال^۶ و همکاران، ۲۰۲۳).

در رابطه با تفاوت‌های موجود میان دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری، می‌توان به این نکته اشاره داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأکید بیشتری بر پذیرش و داشتن تمایل به تجربه رویدادهای درونی دارد و معمولاً تلاشی برای تغییر و به چالش کشیدن افکار منفی نمی‌کند (اژه‌ای و همکاران، ۱۳۹۷). در مقابل هدف اصلی درمان شناختی- رفتاری، تغییر افکار منفی است و علاوه بر شواهد مختلف بالینی و تجربی، پژوهش‌های متعددی را در راستای اثبات کارآمدی روش خود فراهم نموده است (فتی و موتابی، ۱۴۰۱)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که هر دو

-
1. Hayes, S. C.
 2. Han, A.
 3. Kaczurkin, A. N. & Foa, E. B.
 4. Gautam, M.
 5. Jackson, J. B.
 6. Kendall, P. C.

روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری، با فرآیندها، تکنیک‌ها و مکانیسم‌های خاص خود می‌توانند در بهبود وضعیت روان‌شناختی مادرانی که فرزند آن‌ها به اختلال طیف اوتیسم مبتلا است، تأثیر داشته باشند (پرودینی^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ اونیشی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

تاکنون پژوهش‌های متعددی در ایران و خارج از کشور انجام شده‌اند که حاکی از اثربخشی این دو رویکرد درمانی هستند. در این راستا، در ایران، یافته‌های پژوهش اسماعیل‌پناه املشی و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از آن بود که هر دو روش آموزش شناختی رفتاری و مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد حرمت خود مادران دارای کودک با اختلال طیف اوتیسم را افزایش داد. همچنین، نتایج پژوهش تقوایی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم تأثیر دارد. نتایج پژوهش عابدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) نیز، حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرش والد- فرزند مادران کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بود. همچنین، غنیمی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش مدیریت ادراک حمایت‌های اجتماعی با شیوه شناختی- رفتاری، مؤلفه روابط اجتماعی و آموزش مدیریت استرس، مؤلفه سلامت جسمانی کیفیت زندگی را در مادران بیش از سایر مؤلفه‌ها بهبود بخشید. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حبیبی و کافیان تفتی سعادت‌آباد (۱۳۹۸) نیز، مشخص کرد که آموزش مدیریت خشم بر اساس درمان شناختی- رفتاری بر کاهش پرخاشگری (خصوصت، خشم، پرخاشگری کلامی و بدنی) زنان دارای فرزند اوتیسم نقش مؤثری دارد. یافته‌های پژوهش به‌پژوه و همکاران (۱۳۹۷) نیز، حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، در جهت بهبود پذیرش کودکان

-
1. Prevedini, A.
 2. Onyishi, C. N.

اوتیستیک توسط مادران مؤثر است.

در خارج از کشور نیز، یو^۱ و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان‌های شناختی رفتاری بیشترین تأثیر را بر بهبود پیامدهای روانی اجتماعی مراقبین داشتند. پودار^۲ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهش خود بیان کردند که با انجام درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، میزان اضطراب و افسردگی این والدین کاهش و انعطاف‌پذیری و کیفیت زندگی آنان افزایش یافته است و این مسئله باعث بهتر شدن رابطه آنان با کودکان هم شده است. یافته‌های پژوهش مایوگان و ویس^۳ (۲۰۱۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری کودکان بر وضعیت روان‌شناختی والدین کودکان مبتلا به اوتیسم بود. علاوه بر این، ویتینگهام^۴ و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش‌های خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی والدینی و به دنبال آن، افزایش سازگاری اجتماعی و مسئولیت‌پذیری والدین می‌شود.

باین حال تا آنجا که پژوهشگر اطلاع دارد، در میان پژوهش‌های موجود، پژوهشی یافت نشد که به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم بپردازد که این امر، از خلأ پژوهشی در این حوزه حکایت دارد. لذا، با توجه به این مسئله و با عنایت به مسائل پیش‌روی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و لزوم کاهش پیامدهای منفی ناشی از این اختلال در خانواده و همچنین، تقویت ویژگی‌های شخصیتی محافظت‌کننده در برابر استرس در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، این پژوهش، به دنبال یافتن پاسخی برای این سؤال است که آیا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی-

1. Yu, Y.

2. Poddar, S.

3. Maughan, A. L. & Weiss, J. A.

4. Whittingham, K.

های شخصیتی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم شهر تهران با یکدیگر تفاوت دارد؟

روش

طرح تحقیقاتی پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. جهت اجرای پژوهش، مجوز اجرای فعالیت پژوهشی از دانشگاه محل تحصیل پژوهشگر اخذ گردید و به انجمن اوتیسم در شهر تهران مراجعه شد. پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین انجمن و جلب همکاری مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۴۵ نفر از مادران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند؛ به نحوی که اعضای هر گروه ۱۵ نفر بود. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود به پژوهش که در مورد هر یک از آزمودنی‌ها کنترل شد، عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن کودک ۳ تا ۱۸ ساله که بنابر نظر متخصص روان‌پزشک و روانشناس بالینی، به اختلال طیف اوتیسم مبتلا باشد، داشتن سن حداقل ۲۵ سال و سواد خواندن و نوشتن برای مادران. همچنین، ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به ادامه‌ی جلسات و داشتن بیش از یک غیبت در طول اجرا مداخله. پس‌از آن، با استفاده از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت^۱ (۱۹۸۷)، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعد، برنامه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری برای دو گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در این برنامه‌ها شرکت نکردند. پس از اجرای برنامه‌های مداخله نیز، با استفاده از پرسشنامه مذکور، از آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، پس‌آزمون گرفته شد.

1. the five major personality factors questionnaire: NEO-PI

ابزار پژوهش

پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت مک‌کری و کاستا: برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت استفاده شد. این آزمون که توسط کاستا و مک‌کرای^۱ در سال ۱۹۸۷ طراحی شد، دارای ۲۴۰ عبارت است و آزمودنی پاسخ موردنظر خود در مقیاسی ۵ درجه‌ای (از کاملاً قبول تا کاملاً رد) ارائه می‌دهد. این آزمون از ۵ مقیاس اصلی و ۳۰ شاخص تشکیل شده است که امکان بررسی کامل شخصیت افراد بزرگسال را فراهم می‌نماید. پنج مقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: روان‌نژندی در برابر ثبات هیجانی، برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی، باز بودن به تجارب، توافق‌پذیری و با وجدان بودن. لازم به ذکر است که این آزمون دارای الگویی نظری است که از ترکیب نظریه‌های موجود در حوزه شخصیت در دهه‌های ۷۰ و ۸۰ میلادی شکل گرفته است. مطالعات انجام‌شده، پایایی این آزمون را در فواصل سه‌ساله بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲). در مطالعه کوپچ پرس (۲۰۰۵) نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس روان‌نژندی برابر با ۰/۸۰؛ برون‌گرایی برابر با ۰/۷۸؛ گشودگی به تجربه برابر با ۰/۶۹؛ توافق‌پذیری برابر با ۰/۷۱ و با وجدان بودن برابر با ۰/۷۵ به‌دست‌آمده است. در کتابچه راهنمای این پرسشنامه نیز، ضریب همسانی درونی خرده‌مقیاس روان‌نژندی برابر با ۰/۷۹؛ برون‌گرایی برابر با ۰/۷۹؛ گشودگی به تجربه برابر با ۰/۸۰؛ توافق‌پذیری برابر با ۰/۷۵ و وظیفه‌شناسی برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است. در ایران نیز، حق‌شناس (۱۳۷۸) طی پژوهشی، ثبات درونی مقیاس‌ها و ضرایب همبستگی میان آن‌ها را محاسبه کرد. نتایج حاکی از همبستگی بالای هر یک از شاخص‌ها با مقیاس مربوطه و عدم وجود همبستگی مثبت قابل‌توجه با شاخص‌های مرتبط با مقیاس‌های دیگر بود.

شیوه اجرا: به‌منظور اجرای برنامه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی - رفتاری، ابتدا اطلاعاتی در رابطه با نوع درمان، شرایط حضور در جلسات،

1. Costa, P. T. & McCrae, R. R.

تعداد و مدت‌زمان جلسات به آزمودنی‌ها ارائه شد. سپس، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، برنامه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش اول و درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش دوم اجرا شد. لازم به ذکر است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران (۲۰۱۳) بر اساس کتاب تألیفی ایزدی و عابدی (۱۳۹۴) طراحی شده است. همچنین، پرویزیان و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود برای بررسی روایی محتوایی این برنامه درمانی، از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بهره بردند و آن را مطلوب ارزیابی کردند. شرح مختصری از ساختار جلسات در برنامه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل مشارکت آزمودنی‌ها در جلسات و انتظاراتی که از درمان دارند، بیان قوانین گروه از جمله به‌موقع آمدن، عدم غیبت، انجام تکالیف، رعایت رازداری و احترام متقابل، ارائه کلی مطالب آموزشی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه دوم	توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود، بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی‌بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار، احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را تنها به‌عنوان خاطرات قبول باید کرد، ارائه تکلیف در زمینه پذیرش خود و احساسات ناشی از ناتوانی فرزند
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت کردن درباره احساسات و افکار اعضای گروه، آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت درباره خوب یا بد بودن افکار و احساسات، آن‌ها را بپذیرند، آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات، ارائه تکلیف درباره میزان پذیرا بودن در برابر احساسات خود و دیگران
جلسه چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس، ارائه تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر، تأکید دوباره بر اصل پذیرش احساسات و افکار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر، ارائه تکلیف نگرستن به رویدادهای زندگی به شیوه‌ای جدید
جلسه پنجم	آموزش و ایجاد شناختی درباره تفاوت پذیرش و تسلیم و آگاهی به این اصل که آنچه را نمی‌توانیم تغییر دهیم بپذیریم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند، ارائه این

جلسه	محتوا
	تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه از وجود احساسات خود آگاهی یابند، ارائه تکلیف خانگی ذهن- آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت احساسات
جلسه ششم	ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش، درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکلیف جلسه قبل، آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی، تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
جلسه هفتم	ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل‌نشده در اعضای گروه، شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف به گونه‌ای که مناسب‌تر باشند نه عملی‌تر.
جلسه هشتم	بررسی تکالیف، جمع‌بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات

شرح مختصری از ساختار جلسات برنامه درمان شناختی- رفتاری نیز، در جدول ۲ آورده شده است. این برنامه که از الگوی ارائه شده توسط لیهی^۱ (۲۰۰۴) اقتباس شده است، توسط جوادی و همکاران (۱۴۰۰) تنظیم گردیده است. در پژوهش حاضر نیز، پیش از اجرای مداخله از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن و دانشگاه اصفهان بهره گرفته شد و آن را مطلوب ارزیابی کردند.

جدول ۲. محتوای جلسات برنامه درمان شناختی- رفتاری

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی و معارفه اعضای گروه با یکدیگر، بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه، دلیل مشارکت آزمودنی‌ها در جلسات و انتظاراتی که از درمان دارند، بیان قوانین گروه از جمله به موقع آمدن، عدم غیبت، انجام تکالیف، رعایت رازداری و احترام متقابل، آموزش درک نقش افکار و احساسات، تحلیل افکار، شناسایی مشکلات تفکر
جلسه دوم	توضیح در مورد ویژگی‌های افکار خودآیند، فنون شناسایی افکار خودآیند، تفاوت میان افکار خودآیند و تغییر آن‌ها
جلسه سوم	شناسایی هیجانات، تفکیک افکار و احساسات، تمایز بین هیجانات، نام‌گذاری هیجان‌ها، درجه‌بندی هیجانات

محتوا	جلسه
آموزش تحریف‌های شناختی و نحوه شناسایی آن‌ها، تمرین مربوط به تحریفات شناختی در قالب تکمیل کاربرگ‌هایی به‌عنوان تکلیف خانگی	جلسه چهارم
آموزش فنون به چالش کشیدن تحریفات شناختی مثل اسناد مجدد، فن دایره‌ای، فن فاجعه‌زدایی	جلسه پنجم
معرفی فنون فاصله‌ای، ماشین زمان، نگاه کردن به مشکل از بالکن، فن سود و زیان و آزمون شواهد	جلسه ششم
توضیح در مورد چگونگی ارزیابی نگرانی‌ها، ویژگی افراد نگران، شناسایی نگرانی‌ها، بررسی سود و زیان نگرانی‌ها، آموزش تبدیل نگرانی به پیش‌بینی، تمایز قائل شدن بین نگرانی مفید و غیرمفید	جلسه هفتم
آموزش فنون کاهش نگرانی و مهارت حل مسئله، جمع‌بندی بحث و گرفتن بازخورد از اعضای گروه	جلسه هشتم

در نهایت، برای بررسی نمره کلی متغیرهای وابسته از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. همچنین، برای خرده‌مقیاس‌های هر متغیر، روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری به کار گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا اطلاعات توصیفی ویژگی‌های شخصیتی، به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل بررسی شد. نتایج نشان داد میانگین نمرات ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری، برونگرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری تغییر کرده است. در ادامه، جهت اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز، مفروضه‌ی همگنی واریانس با آزمون لون و مفروضه همگنی شیب خطوط رگرسیون مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. همچنین، همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس با استفاده از آزمون باکس-مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت (۰/۰۵). در

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی...: عکافی بروجنی و همکاران | ۱۷۷

ادامه، آزمون لامبدای ویلکز اجرا شد که نتیجه‌ی آن برابر با ارزش ۰/۳۹ و مقدار $F=۳/۸۴$ با سطح معناداری $P<۰/۰۱$ بود. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که با حذف اثر متغیر همپراش، حداقل یکی از مداخله‌های درمانی بر حداقل یکی از ویژگی‌های شخصیتی مادران اثر داشته است. برای بررسی تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
روان‌رنجوری گروه	۶۸/۹۱	۱	۶۸/۹۱	۳/۳۳	۰/۰۷	۰/۰۸	۰/۴۲
خطا	۷۶۴/۰۵	۳۷	۲۰/۶۵	۲/۲۸	۰/۱۱	۰/۱۱	۰/۴۳
برونگرایی گروه	۱۶۹/۶۰	۱	۱۶۹/۶۰	۷/۲۸	۰/۰۱	۰/۱۶	۰/۷۴
خطا	۸۶۰/۹۲	۳۷	۲۳/۲۶	۱۱/۴۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۹۸
انعطاف‌پذیری گروه	۸۵/۲۸	۱	۸۵/۲۸	۴/۲۹	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۵۲
خطا	۷۳۴/۵۹	۳۷	۱۹/۸۵	۰/۱۷	۰/۸۴	۰/۰۰۹	۰/۰۷
توافق گروه	۰/۰۳۶	۱	۰/۰۳۶	۰/۰۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵
خطا	۶۰۶/۹۵	۳۷	۱۶/۴۰	۱/۱۵	۰/۳۲	۰/۰۶	۰/۲۳
مسئولیت‌پذیری گروه	۷/۴۰	۱	۷/۴۰	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۰۸	۰/۰۸
خطا	۹۳۸/۴۱	۳۷	۲۵/۳۶	۶/۷۳	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۸۹

با توجه به جدول ۳ و مقادیر F برای منبع گروهی که در سطح $P<۰/۰۱$ معنادار است، می‌توان بیان داشت که حداقل یکی از مداخله‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و

درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی و مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم اثربخش بوده است و این رویکردها توانسته است به ترتیب ۳۸ و ۲۷ درصد از تغییرات ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی و مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم را تبیین نماید. بدین منظور برای بررسی تفاوت میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌ها

مقیاس	گروه A	گروه B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
روان رنجوری	پذیرش و تعهد	شناختی- رفتاری	-۱/۲۴	۲/۱۰	۱/۰۰
	شناختی- رفتاری	کنترل	-۳/۷۰	۲/۱۱	۰/۲۶
		کنترل	-۴/۹۴	۲/۴۴	۰/۱۵
برونگرایی	پذیرش و تعهد	شناختی- رفتاری	-۸/۸۴	۲/۲۳	۰/۰۱
	شناختی- رفتاری	کنترل	۸/۶۵	۲/۲۴	۰/۰۱
		کنترل	-۰/۱۹	۲/۵۹	۱/۰۰
انعطاف‌پذیری	پذیرش و تعهد	شناختی- رفتاری	۱/۰۶	۲/۰۶	۱/۰۰
	شناختی- رفتاری	کنترل	۰/۲۲	۲/۰۷	۱/۰۰
		کنترل	۱/۲۸	۲/۴۰	۱/۰۰
توافق‌پذیری	پذیرش و تعهد	شناختی- رفتاری	۲/۲۹	۱/۸۷	۰/۶۹
	شناختی- رفتاری	کنترل	۰/۸۵	۱/۸۸	۱/۰۰
		کنترل	۳/۱۴	۲/۱۸	۰/۴۷
مسئولیت‌پذیری	پذیرش و تعهد	شناختی- رفتاری	-۸/۴۹	۲/۳۳	۰/۰۱
	شناختی- رفتاری	کنترل	۱/۶۹	۲/۳۴	۱/۰۰
		کنترل	-۶/۷۹	۲/۷۱	۰/۰۴

با توجه به جدول ۴، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر برونگرایی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سطح $P < ۰/۰۵$ اثربخش بوده است اما بر ویژگی‌های

روان‌رنجوری، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و مسئولیت‌پذیری تأثیری نداشته است ($P>0/05$). همچنین، درمان شناختی- رفتاری بر مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در سطح $P<0/05$ اثربخش بوده است اما تأثیری بر ویژگی‌های روان‌رنجوری، برونگرایی، انعطاف‌پذیری و توافق‌پذیری نداشته است ($P>0/05$). با توجه به سطوح معناداری بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری می‌توان بیان داشت که تفاوت معناداری بین این دو مداخله درمانی بر ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی مادران در سطح $P>0/05$ وجود داشته است؛ به‌طوری‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر بوده است. همچنین، مقایسه سطوح اثرگذاری این دو روش درمانی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در بهبود بخشیدن به ویژگی‌های مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم موثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. با این حال، تفاوتی میان سطوح اثرگذاری این دو رویکرد درمانی بر ویژگی‌های شخصیتی روان-رنجوری، انعطاف‌پذیری و توافق‌پذیری مشاهده نشد ($P>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ویژگی‌های برونگرایی و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های مسئولیت‌پذیری این گروه از افراد مؤثر بوده‌اند. همچنین، برای بررسی تفاوت میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن نشان داد این دو روش درمانی جز در ویژگی‌های شخصیتی برونگرایی و مسئولیت‌پذیری تفاوت معناداری نداشتند. یافته‌های این پژوهش، به‌طور غیرمستقیم با یافته‌های حاصل از پژوهش غنیمی و همکاران (۱۳۹۸)، حبیبی و کافیان‌تفتی سعادت‌آباد (۱۳۹۸)، یو و همکاران (۲۰۱۹) و ویتنگهام و همکاران

(۲۰۱۲) هم‌خوان است.

در تبیین این یافته که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر برونگرایی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر بوده است، چنین می‌توان بیان کرد که تولد فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، حجم بالایی از مسئولیت را بر دوش والدین این گروه از کودکان، به‌ویژه مادران می‌گذارد و فرصت آنان را برای برقراری تعاملات و حضور اجتماعی محدود می‌سازد (جمالی و همکاران، ۱۴۰۲). علاوه بر این، وجود برخی عوامل فرهنگی، مثل عدم پذیرش کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در جامعه یا شرمندگی والدین از داشتن فرزند دارای معلولیت نیز می‌تواند به این مسئله دامن بزند و به گوشه‌گیری بیش‌ازپیش این گروه از افراد منجر شود (ترناک^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

این در حالی است که یکی از اصول اساسی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اقدام متعهدانه است. بر مبنای این اصل، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، ضمن پذیرش احساسات و نگرانی‌های خود پیرامون اختلال فرزند، متعهد می‌شوند که قدمی مثبت در راستای بهبود شرایط بردارند (گالد^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

از این رو، آنان می‌آموزند به‌جای گوشه‌گیری و انزوا، وارد جامعه شوند، با افراد جامعه ارتباط و مراوده داشته باشند و دست به اقدامات مثبتی مانند آگاه‌سازی جامعه نسبت به اختلال فرزند خود بزنند. این امور می‌تواند باعث بهبود ویژگی برونگرایی در این گروه از مادران شود.

همچنین، در تبیین این یافته که درمان شناختی- رفتاری بر مسئولیت‌پذیری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مؤثر بوده است، چنین می‌توان گفت که مسئولیت‌پذیری اشاره به یک ویژگی شخصیتی با ابعاد گوناگون اجتماعی دارد که به‌صورت یک نگرش در ساختار روانی و رفتاری فرد شکل می‌گیرد (عقیلی و نصیری، ۱۳۹۳). عوامل متعددی وجود دارد که بر مسئولیت‌پذیری افراد اثرگذار است. از جمله

1. Turnock, A.
2. Gould, E. R.

این عوامل، می‌توان به سبک‌های اسنادی اشاره کرد که به برداشت و ادراک فرد از علت بروز اتفاقات و اعمال گوناگون دلالت دارد (وینر^۱، ۱۹۸۶).

به‌طورکلی، افرادی که علت وقایع و اتفاقات را به عوامل قابل‌کنترل نسبت می‌دهند، بیشتر خود را مسئول تغییر شرایط می‌دانند اما افرادی که علت وقایع و اتفاقات را به عوامل خارج از کنترل نسبت به می‌دهند، احساس مسئولیتی کمتری نیز برای تغییر شرایط خواهند داشت (شهرآرای، ۱۳۸۶؛ به نقل از عقیلی و نصیری، ۱۳۹۳). این در حالی است که درمان شناختی- رفتاری تلاش می‌کند به تغییر تفکرآتی بپردازد که علت بروز رفتار و اتفاقات را به عوامل بیرونی و خارج از کنترل نسبت می‌دهد. زمانی که مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم این شیوه اسناددهی را تغییر دهند، احساس تسلط بیشتری بر شرایط خواهند داشت، خود را برای تغییر وضعیت موجود، مسئول می‌دانند و با مسئولیت‌پذیری بیشتری به نیازهای فرزند خود پاسخ می‌دهند. این امر می‌تواند موجب بهبود ویژگی مسئولیت‌پذیری در این گروه از مادران شود.

با این حال، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری تفاوت معناداری در اثرگذاری بر ویژگی‌های روان- رنجوری، گشودگی به تجربه و توافق‌جویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نداشته‌اند. در تبیین این نتیجه باید گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری، هر دو ریشه در شناخت‌درمانی دارند و در جلسات درمانی خود، کمتر از روش‌ها و تکنیک‌های هیجانی بهره می‌گیرند. این در حالی است که همواره خودابرازی و تخلیه هیجانات منفی می‌تواند نقشی اساسی در مثبت ساختن ویژگی‌های شخصیتی ایفا نماید (باقری و همکاران، ۱۳۹۹). از این‌رو، به نظر می‌رسد در اولویت نبودن ابرازگری هیجانی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری از جمله عواملی است که باعث شده است هیچ یک از آن‌ها در بهبود

1. Weiner, B.

ویژگی‌های روان‌رنجوری، گشودگی به تجربه و توافق‌جویی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نسبت به دیگری برتری و تفاوت معناداری نداشته باشد. از آنجاکه هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو شد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل تمامی متغیرهای مزاحم همچون میزان توجه، خستگی و وضعیت سلامت آزمودنی‌ها، زمان نسبتاً کوتاه اجرای مداخلات، تعداد اندک آزمودنی‌ها و استفاده از ابزاری ویژه برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی اشاره کرد؛ بنابراین شایسته است که در تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش، جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهادهای این پژوهش نیز عبارت‌اند از اینکه در پژوهش‌های آتی، جهت تعمیم نتایج در مورد اثربخشی مداخله، از نمونه‌های بزرگ‌تری استفاده شود و طول مدت جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بیشتر شود. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر ویژگی‌های شخصیتی، از این دو مداخله به‌عنوان یک دوره درمانی اثربخش جهت ارتقا سلامت روان مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم در مراکز درمانی و توان‌بخشی توسط درمانگران استفاده شود.

تعارض منافع


بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری


از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، صمیمانه قدردانی می‌شود.


ORCID

Farokh Iagha Akafi
Broujeny

 <https://orcid.org/0009-0004-1034-4592>

Masoumeh Behboodi
Farideh Dokaneifard

 <https://orcid.org/0000-0002-8128-6420>

 <https://orcid.org/0000-0001-8301-7155>

منابع

- اژه‌ای، جواد؛ صیادشیرازی، مریم؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و کسایب اصفهانی، عبدالرحیم. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم اضطراب مادران دارای کودکان اتیسم. *مجله روانشناسی*، ۲۲(۱)، ۲۱-۳.
- اسماعیل پناه املشی، زهرا؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ اکبری، بهمن و مقتدر، لیلا. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش شناختی رفتاری با مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حرمت خود مادران دارای کودک با اختلال طیف اتیسم. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۹(۲)، ۵۰-۶۴.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۴). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: نشر جنگل.
- باقری، مسعود؛ نعمت‌اله‌زاده ماهانی، کاظم و پورامراهی، مریم. (۱۳۹۹). نقش میانجی ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی با وسواس فکری عملی. *طب داخلی روز*، ۲۷(۱)، ۶۲-۸۱.
- به‌پژوه، احمد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و پازکی، سارا. (۱۳۹۷). اثربخشی برنامه آموزش پذیرش و تعهد بر پذیرش کودکان اتیستیک توسط مادران. *روانشناسی*، ۴(۲۱)، ۳۸۴-۳۹۷.
- پرویزیان، فرهاد؛ شریفی، طیبه؛ شکرکن، حسین و غضنفری، احمد. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان بیماران با اختلال شخصیت وسواسی-جبری. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۱(۶)، ۷۹-۹۲.
- تقوایی، داوود؛ جهانگیری، محمدمهدی و زارع بیدکی، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۷(۲)، ۱۴۳-۱۵۳.
- جوادی، مریم؛ رئیس، زهره و رضایی‌جمالی، حسن. (۱۴۰۰). بررسی و مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی بر خودشفقت‌ورزی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۲(۱)، ۲۴۴-۲۶۱.
- حبیبی، دینا و کافیان تفتی سعادت‌آباد، علیرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر میزان پرخاشگری زنان دارای فرزند اتیسم. *آفاق علوم*

انسانی، ۳۱، ۷۷-۹۰.

حق‌شناس، حسن. (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو، فرم تجدیدنظر شده. *روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶ (۴)، ۳۸-۴۷.

خوگر، انصار؛ اصغرنژاد، علی‌اصغر؛ رنجبر، هادی؛ لطفی، مژگان و حکیم شوشتری، میترا. (۱۳۹۸). تجربه‌ی زیسته‌ی والدین دارای کودک طیف اتیسم از رنج اجتماعی. *رفاه اجتماعی*، ۱۹ (۷۲)، ۲۴۳-۲۸۲.

رحیمی، سوسن؛ امین یزدی، سید امیر و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۹). مقایسه کارکرد تحولی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و استرس والدگری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم و هم‌تایان دارای کودک رشد بهنجار. *مجله پرستاری کودکان*، ۳ (۶)، ۱۴-۲۱.

شمس، نعمت‌الله؛ افروز، غلامعلی و ارجمندنیا، علی‌اکبر. (۱۴۰۱). رابطه پایگاه اجتماعی-اقتصادی و ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۶ (۲)، ۶۰-۶۷.

عابدی زاده، زهره؛ کدخدا، حسین و رحیمی منش، نگین. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر نگرش والد فرزند مادران کودکان اوتیسم، سومین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی.

عقیلی، سید مجتبی و نصیری، الهه سادات. (۱۳۹۳). رابطه راهبردهای یادگیری و سبک‌های اسناد با مسئولیت‌پذیری. *شناخت اجتماعی*، ویژه‌نامه زمستان ۱۳۹۳، ۱۰۹-۱۲۵.

غباری بناب، باقر و استیری، زهره. (۱۳۸۵). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک دلبستگی در مادران کودکان با اختلال در خودماندگی و مادران کودکان عادی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۶ (۳)، ۷۸۷-۸۰۴.

غنیمی، فرزانه؛ دادخواه، اصغر؛ دانش، عصمت و تقی‌لو، صادق. (۱۳۹۸). مقایسه میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و ادراک حمایت‌های اجتماعی به شیوه شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی مادران کودکان با اختلال طیف اتیسم. *روانشناسی افراد استثنایی*، ۹ (۳۵)، ۷۳-۹۹.

فتی، لادن و موتابی، فرشته. (۱۴۰۱). *راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی-رفتاری*. تهران: دانژه.

References

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment, 4*(1), 5.
- Dawson, G., Rieder, A. D., & Johnson, M. H. (2022). Prediction of autism in infants: progress and challenges. *The Lancet Neurology*.
- Desquenne Godfrey, G., Downes, N., & Cappe, E. (2023). A Systematic Review of Family Functioning in Families of Children on the Autism Spectrum. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Published Online.
- Gautam, M., Tripathi, A., Deshmukh, D., & Gaur, M. (2020). Cognitive behavioral therapy for depression. *Indian journal of psychiatry, 62*(2), S223.
- Gould, E. R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of acceptance and commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of contextual behavioral science, 7*, 81-88.
- Han, A., Yuen, H. K., Lee, H. Y., & Zhou, X. (2020). Effects of acceptance and commitment therapy on process measures of family caregivers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 201-213.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry, 18*(2), 226.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy, 44*(2), 180-198.
- Jackson, J. B., Pietrabissa, G., Rossi, A., Manzoni, G. M., & Castelnovo, G. (2018). Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology, 86*(8), 688.
- Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Kendall, P. C., Ney, J. S., Maxwell, C. A., Lehrbach, K. R., Jakubovic, R. J., McKnight, D. S., Friedman, A. L. (2023). Adapting CBT for youth anxiety: Flexibility, within fidelity, in different settings. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1-9.
- Leahy, R. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 265–292). The Guilford Press.

- Maughan, A. L., & Weiss, J. A. (2017). Parental outcomes following participation in cognitive behavior therapy for children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 3166-3179.
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Khaleghi, A., Zarafshan, H., Mostafavi, S. A., Kamali, K., ... & Ghanizadeh, A. (2019). Prevalence of autism and its comorbidities and the relationship with maternal psychopathology: a national population-based study. *Archives of Iranian medicine*, 22(10), 546-553.
- Nieuwsma, J., D Walser, R., K Farnsworth, J., D Drescher, K., G Meador, K., & Nash, W. (2015). Possibilities within acceptance and commitment therapy for approaching moral injury. *Current Psychiatry Reviews*, 11(3), 193-206.
- Nopiana, N., Egie, J., & Mers, O. (2022). The Impact of Internet Addiction on Introvert Personality. *World Psychology*, 1(2), 1-17.
- Oltmanns, T. F., & Gleason, M. E. (2011). Personality pathology, health, and social adjustment in later life. *Mental health in public health: The next*, 100, 151-179.
- Onyishi, C. N., Sefotho, M. M., & Victor-Aibodion, V. (2023). Psychological distress among parents of children with autism spectrum disorders: A randomized control trial of cognitive behavioural therapy. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 100, 102070.
- Patel, A. D., Arya, A., Agarwal, V., Gupta, P. K., & Agarwal, M. (2022). Burden of care and quality of life in caregivers of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 70, 103030.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221.
- Prevedini, A., Hirvikoski, T., Holmberg Bergman, T., Berg, B., Miselli, G., Pergolizzi, F., & Moderato, P. (2020). ACT-based interventions for reducing psychological distress in parents and caregivers of children with autism spectrum disorders: Recommendations for higher education programs. *European Journal of Behavior Analysis*, 21(1), 133-157.
- Schlebusch, L., Samuels, A. E., & Dada, S. (2016). South African families raising children with autism spectrum disorders: Relationship between family routines, cognitive appraisal and family quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 412-423.
- Turnock, A., Langley, K., & Jones, C. R. (2022). Understanding stigma in

- autism: A narrative review and theoretical model. *Autism in Adulthood*, 4(1), 76-91.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Whittingham, K., Sanders, M., McKinlay, L., & Boyd, R. N. (2013). Stepping stones triple P and acceptance and commitment therapy for parents of children with cerebral palsy: trial protocol. *Brain Impairment*, 14(2), 270-280.
- Xiaojing, L. I., Qiang, W. A. N. G., Yuejing, W. U., Sherrie, W. A. N. G., Huang, Y., & Tao, L. I. (2017). Personality characteristics and neurocognitive functions in parents of children with autism spectrum disorder. *Shanghai archives of psychiatry*, 29(1), 41.
- Yu, Y., McGrew, J. H., & Bolor, J. (2019). Effects of caregiver-focused programs on psychosocial outcomes in caregivers of individuals with ASD: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 4761-4779.
- Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*, 15(5), 778-790.
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 2350.

استناد به این مقاله: عکافی بروجنی، فرخ‌لقا، بهبودی، معصومه، دوکانه‌ای فرد، فریده. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر ویژگی‌های شخصیتی مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، روان‌شناسی افراد استثنایی، ۱۳(۵۲)، ۱۵۷-۱۸۷. DOI: 10.22054/JPE.2024.76722.2632



Psychology of Exceptional Individuals is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

